

تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد شناختی - رفتاری بر عزت نفس زنان باردار نخست‌زا - یک مطالعه کارآزمایی بالینی

کتایون وکیلان، مریم پورجندقی*، محبوبه خرسندی

دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.

تاریخ پذیرش: ۹۶/۸/۸

تاریخ دریافت: ۹۶/۵/۱۱

چکیده:

زمینه و هدف: عزت نفس عامل نیرومند و مهم در ایجاد سلامت، رضایت خاطر و شادمانی و عامل مهم شناسایی شده از توانمندی‌های مقابله‌ای زنان حین لیبر و زایمان است. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد شناختی - رفتاری بر عزت نفس در زنان باردار نخست‌زا انجام شد. روش بررسی: مطالعه‌ی حاضر کارآزمایی بالینی تصادفی بود که در یکی از بیمارستان‌های شهر تهران روی ۴۶ زن باردار نخست‌زا انجام شد. زنان با اولین بارداری و با نمره‌ی عزت نفس صفر یا کمتر بعد از رضایت‌نامه کتبی وارد نمونه‌گیری شدند و سپس به‌طور تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد قرار گرفتند. در گروه مداخله ۷ جلسه‌ی مشاوره شناختی - رفتاری به‌صورت گروهی انجام گرفت و در گروه شاهد فقط تحت مراقبت‌های روتین بارداری قرار گرفتند. دو هفته بعد از پایان آخرین جلسه مجدد پرسشنامه‌ی عزت نفس روزنبرگ توسط گروه مداخله و شاهد تکمیل گردید و نتایج با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی درصد و میانگین و استنباطی (ویلکاکسون، من ویتنی - تی تست و کای دو با استفاده از SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: نتایج نشان داد، میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در گروه مداخله و کنترل به‌ترتیب $28/32 \pm 3/26$ و $25/88 \pm 4/24$ بود که تفاوت معنی‌دار بود ($P=0/035$). میانگین نمرات عزت نفس گروه مورد و شاهد ۲ هفته بعد از مشاوره به‌ترتیب $4/77 \pm 4/07$ و $1/79 \pm 2/26$ بود که تفاوت معنی‌داری داشت ($P<0/001$). نتیجه‌گیری: به‌نظر می‌رسد مشاوره شناختی - رفتاری گروهی می‌تواند سبب ارتقا عزت نفس زنان در دوران بارداری گردد. لذا پیشنهاد می‌شود از روش‌های مشاوره‌ای جهت ارتقا سلامت روان مادران باردار در کلاس‌های آمادگی برای زایمان استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: مشاوره شناختی - رفتاری، عزت نفس، بارداری، سلامت روان.

مقدمه:

محیط اطراف سازگاری نموده و راه‌حل‌های مطلوب‌تری را انتخاب نماید (۵،۴). برخورداری از تعادل روانی به عوامل متعددی بستگی دارد که مهم‌ترین آن‌ها احساس امنیت و ارزشمندی است. تحقیقات نشان‌دهنده است که عزت نفس یک عامل نیرومند و مهم در ایجاد سعادت، رضایت خاطر و شادمانی است (۶). عزت نفس احساس ارزشمندی است که شخص نسبت به خویش دارد و قطعی‌ترین عامل در روند رشد روانی افراد و سلامت روان بوده است (۷). عزت نفس بر رویدادهای استرس‌زا

حاملگی بحرانی موقعیتی است که عدم مدیریت این بحران در بارداری استرس زیادی به مادر و اطرافیان او وارد می‌کند (۱). یکی از موارد استرس‌آور در بارداری ترس از زایمان است که سلامت روان مادر باردار را متأثر می‌کند (۲). علاوه بر ترس بیش از ۵۴٪ از زنان باردار برخی علائم اضطراب را هم در این دوران تجربه می‌کنند (۳). سلامت روان یکی از مهم‌ترین شاخص‌های سلامت و بهداشت یک جامعه است و به فرد کمک می‌کند که با استفاده از مکانیسم‌های روانی با

تأثیرگذار بوده و کمبود آن سبب آسیب پذیری و بروز اختلالات روان شناختی از جمله خشم، عصبانیت، افسردگی و اضطراب شود (۹۸). احساس برخی زنان در اوایل بارداری در عدم توانایی برای انجام زایمان طبیعی و یا یک زایمان ایمن است (۱۱،۱۰) و این احساس عدم توانایی منجر به افزایش زایمان سزارین و مشکلات روانی از جمله ترس از زایمان طبیعی شده است (۱۳،۱۲). استفاده از آموزش و مشاوره توانایی مادر را برای کاهش فشارهای روانی و سازگاری با موقعیت های مختلف بارداری بالا برده و درخواست زایمان سزارین را کاهش می دهد (۱۴،۱۵).

در مطالعه ای میزان عزت نفس مادران باردار با استرس درک شده ای آنان و سبک های مقابله ای با استرس همبستگی معنی داری داشت و چنین نتیجه گیری شده بود که آموزش مهارت عزت نفس می تواند از میزان استرس درک شده زنان در بارداری بکاهد (۱۵).

مشاوره گروهی شناختی- رفتاری (CBT) به عنوان موثرترین درمان های روانی- اجتماعی برای سلامت روان در بزرگسالان پیشنهاد شده است (۱۶،۱۷)؛ و از آنجایی که شیوع بالای سزارین در کشور با عوامل روانی از جمله ترس و اضطراب ارتباط دارد (۲)، این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی مشاوره گروهی شناختی- رفتاری بر تمرکز بر عزت نفس در زنان باردار در شهر تهران انجام گرفت.

روش بررسی:

پژوهش حاضر به صورت کارآزمایی بالینی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بر روی ۴۸ نفر انجام گرفت. با توجه به مطالعه خرسندی و همکاران که حداکثر انحراف معیار اضطراب زایمان ۲۷/۹ و اختلاف میانگین برابر ۸ به عنوان اثر مطالعه و در نظر گرفتن آلفای ۵٪ و توان مطالعه ای ۸٪ به تعداد ۲۲ نفر در هر گروه و با در نظر گرفتن احتمال ریزش به تعداد ۲۴ نفر در هر دو گروه مداخله و کنترل،

در مجموع ۴۸ نفر به عنوان حجم نمونه با استفاده از اختلاف میانگین در دو جامعه مستقل محاسبه شد (۳). جامعه ی پژوهش زنان نخست زایی بودند که جهت شرکت در کلاس های آمادگی برای زایمان بین ماه های فروردین تا خرداد سال ۱۳۹۳ به بیمارستان میلاد مراجعه کرده بودند. پس از کسب رضایت آگاهانه به صورت کتبی آزمودنی ها وارد پژوهش شدند و پرسشنامه های مشخصات دموگرافیک و عزت نفس روزنبرگ در بین آن ها توزیع شد. پس از پرکردن پرسشنامه نمونه ها به صورت بلوک های تصادفی A و B به دو گروه آزمایش و شاهد تقسیم شدند (هر گروه ۲۴ نفر) اما در نهایت ۴۶ نفر (۲۲ نفر گروه آزمایش و ۲۴ نفر گروه شاهد) مطالعه را به پایان رساندند. ۲ نفر در گروه آزمایش به دلیل غیبت بیش از دو جلسه از مطالعه حذف شدند.

قبل از شروع مطالعه یک جلسه برای ملاقات با شرکت کنندگان تنظیم گردید و آزمودنی ها درخصوص سایر مسائل روان شناختی بررسی شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل: ۱- سن بین ۱۸-۳۵ سال، ۲- داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، ۳- حاملگی تک قلو، ۴- نخست زاء، ۵- سن حاملگی ۲۴-۲۰ هفته، ۶- داشتن بارداری کم خطر (عدم وجود بیماری مزمن مانند بیماری های قلبی، پرفشاری خون، بیماری های ریوی، آنمی فقر آهن، دیابت، عفونت های مجاری ادراری- تناسلی، بیماری های مربوطه به تیروئید، صرع، عدم وجود سابقه سقط و ...) و داشتن شاخص توده بدنی ۱۹-۲۵، ۷- عدم سابقه ی مراجعه به روان پزشک و ابتلا به بیماری های روان شناختی، ۸- عدم استفاده از داروهای خاص در بارداری از جمله داروهای اعصاب، ۹- حاملگی خواسته و عدم سابقه ی نازایی، ۱۰- عدم تعارضات خانوادگی، ۱۱- کسب نمره ی صفر و پایین تر از صفر از پرسشنامه ی عزت نفس روزنبرگ.

جهت بررسی عزت نفس آزمودنی ها از پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ استفاده شد. این مقیاس شامل ۱۰ عبارت کلی است که میزان رضایت

پایین است. نمره (+۱۰) نشان‌دهنده عزت‌نفس خیلی بالا و نمره (-۱۰) نشان‌دهنده عزت‌نفس خیلی پایین می‌باشد؛ بنابراین، هرچه نمره بالاتر باشد، به همان اندازه سطح عزت‌نفس بالاتر خواهد بود و برعکس. در این پژوهش زنان باردار نخست‌زایی که نمره‌ی صفر و کمتر را از این مقیاس کسب کردند، وارد پژوهش شدند.

معیارهای خروج از پژوهش شامل: ۱- عدم همکاری، ۲- ترک پژوهش به هر دلیلی، ۳- عدم حضور مستمر مادران در جلسات درمانی (بیش از دو جلسه غیبت در کلاس‌ها)، ۴- ختم حاملگی به علت مرده‌زایی، ۵- در دسترس نبودن مادران در هنگام تکمیل پرسشنامه‌ی پس‌آزمون بودند.

گروه آزمون به دو گروه ۱۲ نفری تقسیم شدند و به‌طور مجزا هر گروه برنامه درمانی مشتمل بر ۷ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای را دریافت نمودند و گروه شاهد فقط مراقبت‌های روتین دوران بارداری را دریافت کردند. جلسات مشاوره گروهی شناختی در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

از زندگی و داشتن احساس خوب درمورد خود را می‌سنجد. مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ (SES) یکی از رایج‌ترین مقیاس‌های اندازه‌گیری عزت‌نفس بوده و مقیاس معتبری در نظر گرفته می‌شود زیرا برای عزت‌نفس از مفهومی مشابه با مفهوم ارائه شده در نظریه‌های روان‌شناختی درباره «خود» استفاده می‌کند. مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ به منظور ارائه یک تصویر کلی از نگرش‌های مثبت و منفی درباره خود به وجود آمده است. این پرسشنامه در مطالعات بسیاری در ایران استفاده شده است (۱۹، ۱۸). ضریب پایایی آن در ایران ۰/۸۴ می‌باشد (۲۰).

شیوه نمره‌گذاری مقیاس به این ترتیب است: پاسخ موافق به هریک از عبارت‌های ۱ تا ۵، (+۱)، پاسخ مخالف به هریک از عبارت‌های ۱ تا ۵، (-۱)، پاسخ موافق به هریک از عبارت‌های ۶ تا ۱۰، (-۱) و پاسخ مخالف به هریک از عبارت‌های ۶ تا ۱۰، (+۱) دریافت می‌کند. پس از جمع جبری کل نمرات، نمره بالاتر از صفر نشان‌دهنده عزت‌نفس بالا و نمره کمتر از صفر نشان‌دهنده عزت‌نفس

جدول شماره ۱: محتوای جلسات مشاوره گروهی شناختی- رفتاری در زنان باردار

جلسه	محتوای جلسات
اول	معارفه- تعیین تعداد جلسات، طول مدت هر جلسه، تواتر جلسات و قوانین گروه- بیان ارزش و اهمیت تشکیل جلسات- آشنایی کلی اعضا با مفهوم عزت‌نفس براساس مدل شناختی، پرسش و پاسخ- تعیین تکالیف در منزل
دوم	مروری بر جلسه قبل- بررسی تکالیف- تعریف درمان شناختی- آموزش مدل A-B-C- پرسش و پاسخ- تعیین تکالیف در منزل
سوم	مروری بر جلسه قبل- بررسی تکالیف- آشنایی با تحریف‌های شناختی و نحوه برخورد با آن‌ها- آموزش روش خودیار درمان شناختی- پرسش و پاسخ- تعیین تکالیف در منزل
چهارم	مروری بر جلسه قبل- بررسی تکالیف- آموزش ترسیم مسیر و هدف‌گذاری- پرسش و پاسخ- تعیین تکالیف در منزل
پنجم	مروری بر جلسه قبل- بررسی تکالیف- آشنایی با مفهوم عزت‌نفس و شناسایی ویژگی‌های افراد دارای عزت‌نفس- آشنایی با موانع رشد عزت‌نفس ناشی از خطاهای شناختی و شیوه‌های مقابله با موانع- پرسش و پاسخ- تعیین تکالیف در منزل
ششم	مروری بر جلسه قبل- بررسی تکالیف- آموزش خودپذیرا و تمرین اقدام به خودپذیری- پرسش و پاسخ- تعیین تکالیف در منزل
هفتم	مروری بر جلسه قبل- بررسی تکالیف- مرور برنامه‌های تغییر تفکر و رفتار در آینده- تشویق به ادامه دادن تمرین‌ها- دادن بازخورد کتبی اعضا به یکدیگر و درمانگر- خداحافظی و تعیین دقیق تاریخ پس‌آزمون

برگزاری تمامی جلسات توسط پژوهشگر که دانشجوی مشاوره ارشد مامایی بود انجام گرفت. جلسات به صورت هفته‌ای یک بار مجموعاً ۸ هفته برگزار شد. پس از اتمام جلسات، ۲ هفته بعد از مشاوره ارزیابی عزت نفس انجام گردید. این ۲ هفته برای ریزش کمتر نمونه‌ها بود.

جهت تحلیل داده‌ها از شاخص‌های مرکزی، پراکندگی و آزمون‌های آماری متناسب استفاده شد. توزیع نرمال داده‌های کمی مطالعه با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنف سنجیده شد. سپس جهت مقایسه متغیرهای کمی با توزیع نرمال در ۲ گروه مورد بررسی از آزمون تی مستقل، متغیرهای کمی غیرنرمال از آزمون ناپارامتریک من ویتنی و متغیرهای کیفی از آزمون کای دو استفاده شد. همچنین مقایسه میانگین متغیرها بعد از مداخله نسبت به ابتدای پژوهش در هر گروه با استفاده از آزمون ویلکاکسون انجام گردید. برای مقایسه میانگین تغییرات متغیرها در ابتدا و پایان مطالعه با

تعدیل اثر مخدوش کننده‌های احتمالی نیز از آزمون تحلیل کوواریانس (آنکوا) استفاده شد. در این تحقیق سن بین ۲ گروه متفاوت بود که با آزمون وانکوا اثر سن در این تحقیق کنترل شد. سطح معنی داری آزمون‌ها $P < 0.05$ در نظر گرفته شد و در نهایت اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها:

نتایج نشان داد، میانگین سنی افراد شرکت کننده در گروه مداخله و کنترل به ترتیب $28/32 \pm 3/26$ ، $25/88 \pm 4/24$ بود که تفاوت معنی دار بود ($P = 0.035$). سایر مشخصات دموگرافیک مانند وضعیت زندگی زناشویی، سن حاملگی، نوع مسکن و درآمد در ۲ گروه، در جدول شماره ۲ آورده شده است. جدول شماره ۳، مقایسه میانگین عزت نفس در ۲ گروه مداخله $4/77 \pm 4/07$ و کنترل $1/79 \pm 2/26$ بود که تفاوت معنی دار بود ($P = 0.001$).

جدول شماره ۲: توصیف ویژگی‌های فردی زنان باردار نخست زا در دو گروه مداخله و کنترل

P	ویژگی‌های فردی	
	گروه مداخله (۲۲ نفر)	گروه کنترل (۲۴ نفر)
	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار
سن (سال)	$28/32 \pm 3/26$	$25/88 \pm 4/24$
نمایه توده بدنی	$24/85 \pm 1/13$	$24/67 \pm 2/42$
سن حاملگی (هفته)	$22/14 \pm 1/39$	$22 \pm 1/61$
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
تحصیلات فرد	دیپلم	۱۱ (۴۵/۸)
	دانشگاهی	۱۳ (۵۴/۲)
تحصیلات همسر	دیپلم	۷ (۲۹/۲)
	دانشگاهی	۱۷ (۷۰/۸)
	فوق دیپلم	۱۴ (۵۸/۳)
شغل	خانه‌دار	۱۷ (۷۰/۸)
	شاغل	۷ (۲۹/۲)
وضعیت مسکن	اجاره‌ای	۱۴ (۵۸/۳)
	شخصی	۱۰ (۴۱/۷)
درآمد خانواده	۱۰-۵	۱۵ (۶۲/۵)
	بالای ۱۰	۹ (۳۷/۵)

※: آزمون تی تست، ※※: آزمون کای دو.

جدول شماره ۳: میانگین نمرات عزت نفس زنان باردار در دو گروه مداخله و کنترل

گروه	کنترل	مداخله	P* بین گروهی
	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	
قبل از مداخله	-۲/۰۹ \pm ۲/۱۸	-۱/۸۸ \pm ۲/۳۱	۰/۶۷۸
بعد از مداخله	۴/۷۷ \pm ۴/۰۷	-۱/۷۹ \pm ۲/۲۶	۰/۰۰۱
P*** درون گروهی	۰/۰۰۱	۰/۵۱۶	

*: آزمون من ویتنی، **: آزمون ویلکاکسون.

بحث:

این مطالعه به بررسی اثر مشاوره شناختی- رفتاری بر عزت نفس زنان باردار پرداخته است. نتایج نشان داد، که عزت نفس مادران باردار با استفاده از مشاوره گروهی شناختی- رفتاری افزایش یافت. مادران در این مشاوره توانستند حس ارزشمندی و اعتماد به نفس بیشتری را در گروه کسب کنند. در مطالعه کیانی و همکاران که به اثربخشی آموزش شناختی- رفتاری بر عزت نفس بیماران تالاسمی پرداخته بود، نمره عزت نفس به طور معنی داری در این گروه از بیماران بعد از درمان افزایش یافته بود که با مطالعه حاضر هم جهت می باشد (۱۹). در مطالعه ایزدی اجیرلو و همکاران اثربخشی درمان شناختی- رفتاری به طور معنی داری سبب افزایش عزت نفس زنان تحت ماستکتومی شده بود (۲۱). در مطالعه Taylor و Montgomery نیز درمان شناختی- رفتاری سبب افزایش معنی دار نمره عزت نفس در میان نوجوانان افسرده گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده بود که هر ۳ مطالعه مذکور با نتایج پژوهش حاضر هم جهت است (۲۲).

در تبیین چگونگی تأثیر مشاوره گروهی شناختی- رفتاری بر افزایش عزت نفس می توان گفت: رویکرد شناختی از طریق اصلاح و تغییر مولفه های شناختی ناکارآمد مانند افکار خود آلود منفی، باورهای بنیادین و باورهای واسطه ای موجب تغییرات هیجانی و رفتاری شده و عزت نفس را افزایش می دهد.

بنابراین باتوجه به اینکه عزت نفس بعد عاطفی و هیجانی ارزیابی خود است. این رویکرد از طریق اصلاح و تعبیر مولفه های شناختی ناکارآمدی که موجب کاهش عزت نفس می شود، می تواند موجب تغییر هیجانی و رفتاری شده و میزان عزت نفس را افزایش دهد. از طریق مشاوره شناختی- رفتاری فرد یاد می گیرد که از پیش داوری و ارزیابی منفی پرهیز کرده و در برخورد با موقعیت های استرس آور در بارداری یک پاسخ هیجانی مطلوب به آن ها می دهد (۲۳).

دولتیان و همکاران که به بررسی نقش عزت نفس پایین در ارتباط با استرس درک شده مادران باردار و نیز سبک های مقابله با استرس پرداخته بود، بین عزت نفس با استرس درک شده ی مادران باردار همبستگی معنی داری پیدا کرد (۱۵). از آنجایی که کمبود عزت نفس با مشکلات روانی بارداری ارتباط دارد پرستاران و ماماها می توانند کمبود اعتماد به نفس زنان را در مراقبت های بارداری بررسی کنند و معیار عزت نفس به عنوان یک معیار ارزیابی روانی در برنامه ریزی مراقبت از این گروه در نظر گرفته شود، (۸). در مطالعه حاضر مادران با آموزش در خصوص خطاهای شناختی و برخورد با آن ها و طراحی و اجرای تجربه های رفتاری توانایی افزایش عزت نفس در برخورد با مثال هایی که از تجربه های ناگوار در مشاوره مطرح می شد را کسب می کردند.

نتیجه گیری:

به نظر می رسد مشاوره گروهی شناختی-رفتاری در افزایش عزت نفس زنان موثر است و از نتایج این تحقیق می توان برای پژوهش های بعدی جهت پیامدهایی از قبیل مشکلات روحی روانی در دوران بارداری و پس از زایمان سود جست.

کاربرد یافته های پژوهش در بالین:

می توان از این تحقیق در کلاس های آمادگی برای زایمان استفاده کرد و با آموزش عزت نفس در این کلاس ها به مادران کمک کرد که آن ها با اعتماد نفس

تشکر و قدردانی:

این تحقیق برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی در دانشگاه علوم پزشکی اراک می باشد. این تحقیق دارای کد IRCT2014120920259N1 و کد پایان نامه ۲۱۱۱ و کد اخلاق ۷-۱۷۶-۹۳ می باشد. نویسندگان مقاله از مدیریت محترم فناوری تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی اراک و تمامی کسانی که در این تحقیق ما را یاری کردند، کمال تشکر را دارند.

منابع:

1. Leifer G. Maternity nursing-e-book: An introductory text. Elsevier Health Sciences; 2013.
2. Khorsandi M, Vakilian K, Nasirzadeh Masooleh M. Investigating different factors of fear in normal delivery among pregnant women, in Arak: A cross sectional study. Journal of Fasa University of Medical Sciences. 2014; 4(2): 161-7.
3. Khorsandi M, Vakilian K, Salehi B, Goudarzi MT, Abdi M. The effects of stress inoculation training on perceived stress in pregnant women. Journal of Health Psychology. 2016; 21(12): 2977-82.
4. Vesga-Lopez O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. Archives of General Psychiatry. 2008; 65(7): 805-15.
5. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: A systematic review. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2010; 202(1): 5-14.
6. Mann MM, Hosman CM, Schaalma HP, De Vries NK. Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. Health Education Research. 2004; 19(4): 357-72.
7. Kaplan HI, Sadock BJ. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. USA: Williams and Wilkins Co; 1998.
8. Jomeen J, Martin CR. Self-esteem and mental health during early pregnancy. Clinical Effectiveness in Nursing. 2005; 9(1-2): 92-5 .
9. Orth U, Robins RW, Trzesniewski KH, Maes J, Schmitt M. Low self-esteem is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to old age. Journal of Abnormal Psychology. 2009; 118(3): 472-478.
10. Fenwick J, Staff L, Gamble J, Creedy DK, Bayes S. Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? Midwifery. 2010; 26(4): 394-400.
11. Hajian S, Vakilian K, Shariati M, Esmaeel A M. Attitude of pregnant women, midwives, obstetricians and anesthesiologists toward mode of delivery: A qualitative study. Payesh. 2011; 10 (1): 39-48.

12. Fuglenes D, Aas E, Botten G, Øian P, Kristiansen IS. Why do some pregnant women prefer cesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2011; 205(1): e1-e9 .
13. Khoursandi M, Vakilian K, Torabi Goudarzi M, Abdi M. Childbirth preparation using behavioral-cognitive skill in childbirth outcomes of primiparous women. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2013; 15(4): 76-80.
14. Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, Sneddon A, et al. Study protocol for reducing childbirth fear: A midwife-led psycho-education intervention. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2013; 13(1): 190.
15. Dolatian M, Mirabzadeh A, Forouzan AS, Sajjadi H, Majd HA, Moafi F, et al. Correlation between self-esteem and perceived stress in pregnancy and ways to coping with stress. *Pajoohandeh Journal*. 2013; 18(3): 148-55.
16. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*. 2006; 26(1): 17-31.
17. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*. 2012; 36(5): 427-40.
18. Hajloo N. Relationships between self-efficacy, self-esteem and procrastination in undergraduate psychology students. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2014; 8(3): 42-49.
19. Kiani J, Pakizeh A, Ostovar A, Namazi S. Effectiveness of cognitive behavioral group therapy (CBGT) in increasing the self-esteem and decreasing the hopelessness of β -thalassemic adolescents. *Tibb-i junub*. 2010; 13(4): 241-52.
20. Rajabi G, Karjo KS. A study of confirmatory structure two-factor model of the Persian version Rosenberg self-esteem scale. *Journal of Psychological Models and Methods*. 2012; 2(6): 33-43.
21. Izadi-Ajirlo A, Bahmani B, Ghanbari-Motlagh A. Effectiveness of cognitive behavioral group intervention on body image improving and increasing self-esteem in women with breast cancer after mastectomy. *Archives of Rehabilitation*. 2013; 13(4): 72-83.
22. Taylor TL, Montgomery P. Can cognitive-behavioral therapy increase self-esteem among depressed adolescents? A systematic review. *Children and Youth Services Review*. 2007; 29(7): 823-39.
23. Nakano Y, Akechi T, Furukawa TA, Sugiura-Ogasawara M. Cognitive behavior therapy for psychological distress in patients with recurrent miscarriage. *Psychology Research and Behavior Management*. 2013; 6: 37.

The effect of cognitive-behavior group counseling on the self-esteem in nulliparous women: A clinical study

Vakilian K, Poorjandaghi M*, Khorsandi M
Arak University of Medical Sciences, Arak, I.R. Iran.
Received: 2/Aug/2017 Accepted: 30/Oct/2017

Background and aims: Self-esteem is a powerful and important factor in creating health, satisfaction and happiness, and is an important determinant factor of the coping capacities of women during labor and delivery. The aim of this study was to determine the effectiveness of group counseling on cognitive-behavioral approach on the self-esteem in primiparous pregnant women.

Methods: This randomized clinical trial was conducted on 46 pregnant nulliparous women in one of the hospitals in Tehran. Women who were in the first pregnancy and had a self-esteem score of zero or less selected after taking written informed consent. Then, they were randomly divided into two groups in the intervention and control group. The intervention group participated in 7 sessions of cognitive-behavioral group counseling, while the control group received only the routine pregnancy care. Two weeks after the last session, the Rosenberg's Self-Esteem questionnaire was recompleted by both groups. Data were analyzed using descriptive (percent and mean) and inferential statistical tests (Wilcoxon test, Mann-Whitney, t-test and K_2 and using SPSS).

Results: The results showed that difference between mean age among women in the intervention group (28.32 ± 3.26), and the control group (25.88 ± 4.24) was significant ($P=0.035$). The self-esteem scores mean of the intervention and control groups was (4.77 ± 4.07) and (-1.79 ± 2.26), which difference was significant ($P<0.001$).

Conclusion: It seems that cognitive-behavioral group counseling can increase the self-esteem of women during pregnancy. So, it is recommended to use counseling methods to improve the mental health of pregnant women in childbirth preparation classes.

Keywords: Cognitive behavior counseling, Self-esteem, Pregnancy, Mental health.

Cite this article as: Vakilian K, Poorjandaghi M, Khorsandi M. The effect of cognitive-behavior group counseling in self-esteem in nulliparous women. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2018; 7(1): 67-74.

***Corresponding author:**

Arak University of Medical Sciences, Arak, I.R. Iran, Tel: 00988634173524,
E-mail: m.poorjandaghi@arakmu.ac.ir